FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 — N° 71

DE LA RÈGLE A SUIVRE

DANS LES

ABCÈS DU FOIE

OUVERTS DANS LES BRONCHES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 JUILLET 1888

PAR

Jean-Louis MORVAN

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né au Faou (Finistère), le 15 février 1858.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DE FLEURY,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0092

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 71

DE LA RÈGLE A SUIVRE

DANS LES

ABCÈS DU FOIE

OUVERTS DANS LES BRONCHES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 JUILLET 1888

PAR

Jean-Louis MORVAN

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né au Faou (Finistère), le 15 février 1858.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DE FLEURY,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. } MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A Monsieur le Docteur A. DUCHATEAU

Professeur à l'Ecole de Médecine navale de Brest, Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'hépatite suppurée est rare dans les pays européens, et sa fréquence diminue d'une façon notable dans les pays intertropicaux. Durant un séjour de plus de quatre années sur la côte occidentale d'Afrique, nous n'avons pu en observer que six cas chez des européens et trois cas chez des noirs. L'étude des abcès du foie au point de vue de l'étiologie et de la terminaison, a été faite d'une façon si complète que nous ne voulons pas nous y arrêter. Nous nous bornerons à la discussion des abcès du foie qui s'ouvrent spontanément dans les bronches, en essayant de faire prévaloir une méthode de traitement déjà bien connue, mais qu'on hésite trop à appliquer.

Avant d'aborder cette étude, nous remercions spécialement M. le Dr Duchâteau, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine navale, à Brest, de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et des renseignements précieux qu'il a bien voulu nous donner pour la rédaction de cette thèse. Nous remercions aussi M. le Dr Léon Aubry, notre excellent ami et collègue, des observations qu'il nous a communiquées.

Que M. le professeur Morache veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

DE LA RÈGLE A SUIVRE

DANS

LES ABCÈS DU FOIE

OUVERTS DANS LES BRONCHES

CHAPITRE PREMIER

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DES ABCÈS DU FOIE ET DE LEUR SIÈGE

Puisque tous les auteurs aujourd'hui préconisent l'intervention chirurgicale dans les abcès du foie, donnant à l'appui de leur thème les résultats merveilleux obtenus par la méthode de M. Stromeyer Little, pourquoi voit-on encore un nombre relativement grand d'abcès du foie qui se vident par les bronches ou par l'intestin? A cette question la réponse est facile : 1° le praticien n'intervient pas toujours le trocart en main, parce qu'il a souvent méconnu l'abcès du foie. Nous ne voulons pas ici rééditer les difficultés du diagnostic de l'hépatite suppurée, mais qu'il nous soit permis de dire qu'elle ne se présente pas toujours avec le cortège des symptômes classiques qu'on trouve dans tous les auteurs. « Le silence de l'organe hépatique est tel, bien souvent, que l'on ne diagnostique l'affection que parce qu'on la cherche...

Cette maladie est donc d'autant plus dangereuse qu'elle peut être parfois méconnue. »

La déformation du thorax, l'abaissement des côtes, le phénomène de la fluctuation, l'ictère par compression des canaux biliaires, etc., etc., sont autant de symptômes qu'on ne rencontre pas toujours ou qui peuvent égarer le diagnostic au lieu de l'éclairer; les antécédents du malade, les exacerbations vespérales de la température, l'hecticité peuvent faire croire à une affection pulmonaire (*Gaz. médic. de Paris,* 1884, p. 316). Et si le simple diagnostic d'abcès du foie est entouré parfois de grandes difficultés, combien plus difficile il est encore d'en préciser le siège! A quel signe reconnaître un abcès central? Au seul défaut des signes fonctionnels, ictère, dyspnée, à l'intensité moindre des douleurs, au décubitus? (Thèse Bernard, Montpellier, 1879). Nous verrons dans l'observation n° 2, un abcès central ou du moins un abcès, très profond, qui se manifeste par des douleurs très vives et une dyspnée intense. Et l'observation n° 1, nous montre le cas d'un homme qui, atteint d'hépatite suppurée, à la Guadeloupe, où deux ponctions exploratrices lui ont été faites sans résultat, rentre en France, où il lui est accordé un congé de convalescence de trois mois. Durant ce congé, le malade rentre à l'hôpital de Dijon parce qu'il souffre du côté droit; le médecin de l'hôpital ne trouve rien d'anormal du côté du foie et le malade rentre dans sa famille jusqu'à l'expiration de son congé. Il arrive à Brest le 26 janvier 1888 pour reprendre son service; le 27, il est dirigé sur l'hôpital maritime pour hépatite subaiguë; nous ne voulons pas empiéter sur son observation, que nous donnerons plus loin dans tous ses détails, nous dirons seulement, qu'après un mois de séjour à l'hôpital de Brest, où l'on signale seulement de la voussure de la région hépatique, avec, pendant six jours, une élévation de la température vespérale, un abcès du foie s'ouvrait dans les bronches. M. le professeur Duchâteau était convaincu,

depuis trois jours, qu'une collection purulente s'était formée dans le foie, il allait intervenir, lorsque le foyer purulent s'est ouvert spontanément dans le poumon.

2° Une autre raison pour laquelle beaucoup de médecins n'interviennent pas, le trocart en main, c'est parce qu'ils espèrent que l'abcès déjà formé et reconnu, va s'ouvrir dans le diaphragme, et qu'ils ont une confiance très grande dans ce mode de terminaison. Il n'y a pas de fluctuation, et pourtant le foie est très volumineux, la dyspnée est intense; le foie remonte très haut, pendant que la matité ne descend pas, ou descend à peine, au-dessous du rebord des fausses côtes. C'est donc, très probablement, que l'abcès siège à la face convexe du foie..., en avant, en arrière, sur les côtés? On n'en sait trop rien; et, peut-être timide, ou plutôt confiant dans l'heureuse issue des abcès qui se vident par une ou plusieurs vomiques, le médecin attendra. M. Corre, dans son excellent *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, MM. Gauran et Bellot, dans leurs thèses, citent de nombreuses guérisons dans ce cas.

3° Enfin, beaucoup d'abcès du foie se forment et se développent, qui ont été reconnus et qui n'ont pas été largement ouverts pour le motif suivant :

On a fait une première ponction exploratrice (Obs. I); il n'est rien sorti qu'une légère sérosité sanguinolente. Une deuxième, une troisième, plusieurs ponctions successives ne donnent aucun résultat. Faut-il insister, et parce qu'on est convaincu qu'il y a là, quelque part, une collection purulente, faut-il larder le foie dans tous les sens, jusqu'à ce que l'aiguille de Dieulafoy rapporte une goutte de pus? Je sais les expériences et les conclusions de M. Bérenger-Féraud, directeur de l'Ecole de médecine navale de Toulon. Mais en est-il toujours de même, lorsqu'on opère sur le foie physiologique d'un chien ou lorsqu'on opère sur le foie pathologique d'un homme? Nous ne le croyons pas. Si une ou

deux ponctions peuvent être faites sans faire courir de grands dangers au malade, il est à craindre que des ponctions multipliées dans un organe si vasculaire que le foie et déjà enflammé, ne soient pas complètement inoffensives. « Ce moyen dont l'inocuité est aujourd'hui reconnue trop absolument, n'est pas complètement inoffensif chez tous les malades. Il nous a paru donner plus d'activité au processus suppuratif. Ce résultat est fâcheux quand l'irritation est très limitée et susceptible de rétrogradation... » (Corre, *op. cité*). Et nous ne craindrons pas d'être taxé de pusillanimité ou de pessimisme, en recommandant une grande prudence lorsqu'on va à la recherche d'un abcès situé un peu profondément dans le foie. Il y a là des dangers que les auteurs ne signalent pas. La vésicule biliaire peut être distendue outre mesure et déplacée par un foie hypertrophié. Les nombreux vaisseaux qui sillonnent le foie et que l'inflammation a gorgés de sang présentent une surface assez grande à la pointe d'un explorateur. Nous avons vu à l'autopsie de deux hommes morts d'hépatite suppurée, la veine porte acquérir des dimensions vraiment extraordinaires. Son volume dépassait celui d'un intestin grêle; elle était sinueuse et il suffisait de relever très légèrement le bord tranchant du foie pour qu'on l'aperçût.

Nous ne voulons pas ici exagérer les dangers d'une opération chirurgicale dont nous sommes partisan. Nous avons eu l'intention seulement de signaler quelques écueils et surtout d'expliquer la fréquence encore relativement grande des abcès hépatiques qu'on voit se vider par des vomiques.

CHAPITRE II

DES ABCÈS DU FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES

« La légère souffrance qui existait auparavant dans la région jécorale acquiert un surcroît d'intensité ; une douleur aiguë, brûlante et gravative se fait sentir à l'endroit du thorax qui correspond au siège de l'apostème ; parfois on y constate une fluctuation manifeste. Puis tout-à-coup dyspnée excessive, suffocation imminente, orthopnée, anxiété inexprimable, râles bruyants, trachéal et bronchique, toux incessante, haleine infecte, goût d'excréments dans la bouche, expectoration subite et par flots de crachats puriformes, âcres, fétides, rougeâtres, quelquefois mêlés de bile, contenant des débris pultacés du parenchyme jécoral. En même temps que ces phénomènes surgissent, on observe une matité insolite de l'un ou de l'autre côté du thorax, le plus communément du côté droit, avec absence du bruit respiratoire, sans souffle tubaire, ni résonnance de la voix, ni égophonie, ni tintement métallique pectoral, ni bruit de succussion, ni ampliation de la poitrine du côté affecté, ni soulèvement des espaces intercostaux ; seulement l'oreille appliquée sur la région hépatique fait entendre un gargouillement jécoral très prononcé qui s'étend jusqu'à la base du poumon, tandis qu'une compression exercée sur cette même région détermine immédiatement une expectoration impétueuse et plus abondante et que les signes locaux et généraux qui caractérisaient la collection humorale formée dans le foie, vont en diminuant peu à peu par degrés de nombre et de violence ».

Nous avons emprunté cette description à la *Gazette Médicale de Paris*, 1847, page 656. Nous n'avons rien à y ajouter.

Si on laisse la maladie suivre son cours, que se passera-t-il ? Après l'ouverture de l'abcès dans les voies respiratoires, le malade éprouvera une grande sensation de bien-être, le foie diminuera de volume et sera moins douloureux à la pression. Mais cette amélioration factice ne sera pas de longue durée. L'expectoration de pus hépatique (2, 3 verres et même un litre) épuisera bien vite une constitution robuste. Dans les statistiques de Rouis, on voit que lorsque la guérison a lieu, elle ne survient qu'au bout de 115 jours ; sur 10 cas d'abcès du foie ouverts dans les bronches, Faucouneau Dufresne n'a trouvé que 5 cas de guérison. A côté de ces statistiques on pourrait évidemment citer des cas plus heureux. M. Bernard, dans sa thèse de Montpellier (observation XIII), cite un cas de guérison complète 25 jours après l'ouverture de l'abcès dans les bronches. On donne même des résultats encore plus surprenants, des abcès du foie guéris radicalement après une ou deux vomiques. Ce sont là des cas extraordinaires. Pour nous qui n'avons jamais eu le bonheur d'assister à des cures aussi rapides, nous croyons que le devoir d'un médecin, en présence d'un abcès ouvert dans les bronches est d'intervenir, d'intervenir pour vider d'un seul coup cette collection purulente qui est en communication constante avec l'extérieur, pour empêcher le contact permanent des poumons avec le pus hépatique.

CHAPITRE III

DES AVANTAGES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Que les abcès siègent profondément dans les organes splanchniques ou qu'ils intéressent seulement les tissus de la périphérie du corps, ils suivent généralement la même évolution. Abandonnés à eux-mêmes, ils finissent par se créer une voie dans la direction qui leur offre le moins de résistance ; mais longue et bien douloureuse sera souvent leur marche, si on la confie seulement aux bons soins de la nature. Ouvrez, ouvrez toujours, dit la chirurgie moderne, depuis que l'antisepsie a fait tant de progrès. Les abcès par congestion qu'on tenait si prudemment autrefois à l'abri de l'air extérieur, sont aujourd'hui largement et profondément incisés, et les guérisons sont plus nombreuses et toujours plus rapides. Il en est de même pour les abcès du foie. Abandonnés à eux-mêmes, voyez la marche qu'ils suivent. Ce pus qui trouve une sortie si difficile, à travers les canalicules pulmonaires, irritera tous les tissus qui sont sur son passage, et finira par épuiser le peu de forces qui restent au malade qu'on voit souvent succomber à une cachexie profonde. Après l'amélioration passagère qu'on a constatée dès l'ouverture de l'abcès dans les bronches, on assiste pendant 2, 3 mois et même davantage à l'expectoration d'un pus hépatique. Le patient s'affaiblit, des quintes de toux continuelles le secouent, la diarrhée le prend, il transpire constamment, il mange peu et le plus souvent rejette aussitôt les aliments qu'il a pu ingérer. Si pendant ce temps on consulte le tableau des températures, on voit, à côté des températures normales du matin des

exacerbations vespérales quotidiennes. C'est la cachexie, c'est le marasme profond qui doit tuer le malade. Ne serait-ce que l'anémie profonde qui a produit cet état ? Je croirais plus volontiers avec M. le professeur Duchâteau, qu'il y a là autre chose, qu'il y a de la septicémie. Le temps nous a manqué pour nous livrer à des recherches à ce sujet, mais les tableaux cliniques que nous avons eus sous les yeux ne nous permettent aucun doute. Car si nous avons vu des abcès très volumineux, gros comme les deux poings, dont la surface suppurante seule pouvait expliquer la mort par épuisement du malade, nous avons vu aussi dans une autopsie récente un foyer purulent qui atteignait à peine les dimensions d'un œuf et qui avait très certainement occasionné la mort pour avoir versé lentement, goutte à goutte, pendant près d'un mois et demi (depuis le 13 mars jusqu'au 25 avril) tout le pus qu'il sécrétait dans les voies respiratoires (observation de Mongold, soldat au 2e d'infanterie de marine). Et d'ailleurs cette fièvre lente qui s'empare des malades, qui tous les soirs fait monter le thermomètre, ces frissons qui reviennent fréquemment, ces sueurs nocturnes n'indiquent-ils pas clairement autre chose que l'anémie ?

Et à côté de cet état général dont je n'ai pas voulu assombrir le tableau, ne voit-on pas les lésions profondes qui sont portées à des organes importants, tels que les poumons? En dehors de toute affection du foie, ces lésions pulmonaires suffiraient souvent pour expliquer une terminaison fatale. « La guérison des abcès hépatiques ouverts dans les bronches peut s'accomplir éventuellement et sous l'influence salutaire de la puissance médicatrice de la nature, à la faveur d'un canal fistuleux qui, partant du foyer purulent, traverserait le diaphragme pour aller gagner une ou plusieurs ramifications bronchiques, de manière à s'y aboucher, s'y réunir et verser dans leurs cavités les substances que ces abcès contenaient. Par contre, il résulte de onze observations médicales au moins, éclairées par l'anatomie pathologique, que dans les cas où

les abcès hépatiques ouverts dans les bronches avaient occasionné la mort, les foyers purulents ne communiquaient pas directement avec une ou plusieurs ramifications bronchiques par l'intermédiaire d'un canal adventice, mais qu'au contraire le pus ne parvenait dans ces ramifications que médiatement, c'est-à-dire après avoir laissé çà et là dans le poumon, dans la plèvre ou dans d'autres organes quelques parties de sa masse intégrale, soit sous forme de collection, soit sous forme d'infiltration. » (*Gaz-méd.*).

Nous dirons plus loin ce que nous pensons du mode de communication de l'abcès avec les bronches, nous ne partageons pas l'avis de la *Gazette médicale*.

Nous avons eu aussi l'occasion et au lit du malade et à l'amphithéâtre de voir les effets désastreux du passage du pus dans la cavité thoracique. Chez le premier de nos malades, deux jours seulement après la première vomique, la percussion donne de la matité dans toute l'étendue du poumon droit; à l'auscultation on entend des frottements à la base du même poumon et des râles humides partout. A l'autopsie on constate de nombreuses adhérences, des deux poumons, surtout du poumon droit, avec la cage thoracique; les poumons crépitent, mais sont recouverts de toutes parts de légers filaments de pus. Une légère pression fait sourdre de tous côtés des mucosités purulentes. Ils sont légèrement splénisés en certains points.

Chez le 2e malade, qui a guéri, l'abcès s'est ouvert le 22 février dans les poumons. Le 24, on note de la matité dans les 2/3 inférieurs du poumon droit, avec affaiblissement du murmure vésiculaire; le 27, la matité est plus prononcée et le murmure vésiculaire ne s'entend plus en arrière et à droite et dans le creux axillaire. Du 27 février au 25 mars, les signes stéthoscopiques s'accentuent; en dehors des vomiques qui se renouvellent fréquemment, une toux grasse et l'expectoration de crachats franchement purulents qui indiquent l'état des poumons. Le 26, une incision est faite qui donne

passage à un litre de pus. Dès lors on ne signale plus de vomiques, l'état des poumons s'améliore très vite.

Nous pourrions signaler le même fait chez tous les malades que nous avons examinés.

Si les longues et abondantes suppurations, quelle que soit leur nature et quel que soit leur siège, sont souvent le point de départ de la tuberculose pulmonaire, combien plus l'on doit redouter ce mal, lorsque la voie ouverte au pus est dans les poumons mêmes! Les signes de la tuberculose ne se manifestent pas toujours; mais la gangrène pulmonaire a été bien souvent signalée et elle ne peut être attribuée qu'à la pénétration du pus hépatique dans les voies aériennes.

CHAPITRE IV

OBJECTIONS

Nous savons que les auteurs établissent une distinction entre les abcès du foie qui s'ouvrent dans les bronches : ceux qui s'ouvrent dans le parenchyme pulmonaire et ceux qui s'ouvrent seulement dans la plèvre. « Dans le premier cas les adhérences pleurales, établies entre le diaphragme et le poumon, permettent au pus qui a traversé cette cloison musculo-fibreuse de gagner immédiatement les bronches. Cette terminaison est loin d'être mauvaise » (Schrœster). C'est dans ces cas là qu'on signale des guérisons rapides. Nous avons avoué n'en avoir jamais rencontré. Il nous paraît plus facile d'expliquer l'ouverture de l'abcès dans le tissu pulmonaire qui est en contact intime avec le diaphragme par l'intermédiaire de la plèvre enflammée. Ce sont les accidents qu'il y a à craindre dans ce cas là qu'on pourrait souvent éviter, croyons-nous, en ouvrant à la collection purulente une voie directe vers l'extérieur. Si beaucoup de médecins ne la pratiquent pas encore, c'est qu'ils craignent d'ouvrir une fistule bronchique. « L'opération ne doit pas être pratiquée, quand l'abcès n'est accessible à aucun instrument, sans que des parties voisines ne soient dangereusement atteintes. De même il est bon de s'abstenir quand il est évident que la rupture dans le poumon ou dans l'intestin est imminente. Dans ce cas, en faisant une ouverture artificielle, on pourrait donner lieu à une fistule pulmonaire ou intestinale » (Th. Bernard, Montpellier 1884). Cette crainte ne nous semble pas reposer sur des fondements bien sérieux. Dans notre observa-

tion nº II, nous verrons un abcès du foie ouvert au caustique de Vienne, le 13 juin, qui, le lendemain, perforait le diaphragme et s'ouvrait dans le poumon. On n'a pas eu à déplorer chez ce malade les redoutables accidents de la fistule bronchique. Nous avons dit, lorsque l'abcès est déjà ouvert dans l'arbre aérien, les signes stéthoscopiques qui révèlent le triste état des poumons avant l'opération et nous avons signalé la cessation brusque des vomiques et la disparition graduelle des symptômes pulmonaires après l'opération. Nous n'avons peut-être pas suffisamment insisté sur ce point, mais il sera complètement mis en lumière par nos observations. Après l'opération, non-seulement le pus hépatique ne sort plus par les canaux bronchiques, mais l'air même ne trouve qu'un passage difficile et de courte durée à travers les pertuis creusés dans le diaphragme. L'état de la communication de l'abcès hépatique avec le poumon permet d'expliquer ce phénomène. Le pus ne se fait pas jour à travers un canal unique ou à travers plusieurs canaux qui, après avoir franchement perforé le diaphragme, rongeraient sur une grande étendue la surface du tissu pulmonaire. Non, ce n'est pas du tout ainsi que les choses se passent. L'inflammation qui accompagne ou plutôt qui précède dans sa marche l'abcès hépatique détermine peu à peu des adhérences entre la face convexe du foie et le diaphragme. Cette cloison contracte à son tour des adhérences avec la plèvre et le poumon. Les points du diaphragme qui sont le plus directement irrités par le contact du pus, ne cèdent pas tous en même temps. Il se fait par places de petites érosions, grosses à peine comme des têtes d'épingles. Ces érosions finissent par intéresser toute l'épaisseur de la cloison musculaire et gagnent le parenchyme pulmonaire. Du moment que la communication est établie entre le foie et le poumon, que le pus trouve une issue facile, car il est en quelque sorte aspiré par la cage thoracique, les pertuis n'ont plus de tendance à s'agrandir.

Si l'abcès est ouvert directement à l'extérieur, ces petits pertuis qu'on peut comparer aux minces orifices d'un arrosoir se ferment très rapidement. Nous avons déjà dit que les vomiques cessaient immédiatement après l'opération, et nous avons pu constater à une autopsie que quarante-huit heures après qu'un abcès avait été ouvert au bistouri, il était excessivement difficile de découvrir les communications bronchiques.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'ABCÈS OUVERT DANS LES BRONCHES

Nous avons rapidement énuméré, au commencement de ce travail, les difficultés du diagnostic du siège de l'abcès hépatique. Nous croyons que le doute qui reste dans l'esprit du médecin l'empêche souvent d'ouvrir largement le côté. Car s'il n'y a pas de grands dangers à introduire un trocart de petit calibre dans le foie, il faut redouter d'y faire des incisions de six à sept centimètres qui ne doivent pas tomber directement sur la collection purulente. Aux signes très incertains que donnent les auteurs, nous pouvons ajouter un symptôme qui indique d'une façon très précise la localisation de l'abcès qui s'est déjà ouvert dans les bronches. C'est à M. le professeur Duchâteau que revient le mérite d'avoir découvert ce symptôme qu'il nous a fait percevoir chez deux malades et qui, dans toutes ses opérations d'abcès du foie, l'a conduit du premier coup sur le foyer purulent, quelle que fût sa profondeur ; et chez les deux malades que nous l'avons vu opérer, le trocart s'enfonçait une fois de dix centimètres, et l'autre fois de six à sept centimètres avant de déceler la présence du pus.

Ce symptôme est un bruit, ou plutôt une sensation de flot que l'on éprouve, en appliquant deux doigts dans leur longueur dans deux espaces intercostaux voisins et en faisant tousser un peu fort le malade. Cette sensation de flot peut évidemment se percevoir à des distances plus ou moins grandes, mais elle n'est bien nette qu'autant que les doigts sont appliqués dans les espaces intercostaux qui sont à la hauteur de l'abcès. Elle est plus forte en avant,

sur les côtés ou en arrière, suivant le siège de l'abcès. On trouve là par conséquent une indication précieuse, non seulement pour le choix de l'espace intercostal, mais de l'endroit précis à perforer.

OBSERVATION I

Tronçin (Paul), âgé de 22 ans, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine (salle 9, service de M. Duchâteau).

Cet homme rentre de convalescence non guéri ; il est envoyé à l'hôpital pour « hépatite subaiguë ». Est au service depuis 2 ans et a fait un séjour de 9 mois à la Guadeloupe. Pendant les 7 premiers mois, il a été bien portant, puis a été pris de dysenterie et fièvre avec un point de côté au niveau du foie. Il avait, dit-il, du gonflement au-dessous des fausses côtes ; pas d'ictère. A cette époque on dut le ponctionner deux fois sans résultat. Renvoyé en France, il a eu un congé de convalescence de 3 mois pendant lequel il s'est assez bien porté ; à l'expiration de son congé, rentre à l'hôpital de Dijon d'où il sort pour rejoindre son corps. Entre aussitôt à l'hôpital maritime de Brest (le 27 janvier 1888), pour hépatite.

Il présente une hypertrophie manifeste du foie dont la matité commence à 2 centimètres au-dessous du mamelon et déborde d'environ deux travers de doigts le rebord des fausses côtes ; on sent une induration au niveau du creux épigastrique. La rate ne semble pas hypertrophiée. Point douloureux au niveau de la 9e et de la 10e côtes. Les fonctions de digestion se font assez bien ; un peu de diarrhée. Du 27 janvier au 1er février, rien de particulier, si ce n'est la température du soir qui monte à 38°.

Le 1er février, le malade accuse un point excessivement douloureux sur la ligne axillaire et au niveau de l'appendice xyphoïde.

Jusqu'au 5 février, la douleur augmente ; 2 à 3 selles pâteuses tous les jours.

Le 8 février, l'état du malade s'améliore, la voussure hépatique diminue.

Le 12, léger mouvement fébrile.

Le 17, température du soir 39° 3, la douleur du côté est très violente.

Du 17 au 22, température du soir variant de 38° 5 à 39° 5, avec diarrhée.

Le 22, 6 selles dans les 24 heures, 3 vomissements. L'abcès hépatique s'est ouvert dans le poumon et se vide par les bronches. La voussure hépatique s'est affaissée. Le malade est soulagé, il a pu reposer la nuit. Le pus qu'il a expectoré a une couleur chocolat, il est peu odorant.

Le 24, épanchement de pus à droite et en arrière, jusqu'au niveau du tiers supérieur du poumon. Matité dans les deux tiers inférieurs de l'organe.

Le 27, la matité persiste dans la même étendue.

Du 27 février au 15 mars, une vomique par jour en moyenne; et tous les jours on signale l'abondance des crachats purulents.

A partir du 15 mars, on signale avec les crachats purulents et teintés de sang l'affaiblissement considérable du malade. La température du matin varie entre 38° et 38°5; celle du soir entre 39° et 40°.

Le 26 mars, à la contre-visite, M. Duchâteau après avoir perçu la sensation de flot dans le 7e espace intercostal fait une ponction sur la ligne axillaire avec une aiguille de l'aspirateur de Dieulafoy. Il sort une goutte de pus quand l'aiguille a atteint une profondeur de 10 centimètres. Une incision est immédiatement faite sur l'aiguille du trocart qui sert de guide au bistouri. L'incision mesure de 6 à 7 centimètres de long, elle intéresse successivement tous les tissus, jusqu'aux parois de l'abcès. Il s'est écoulé un litre de pus environ; lavage de l'abcès à l'eau bouillie. Un drain recourbé en anse est enfoncé dans le tissu hépatique.

Pansement antiseptique.

Le 27, on lève le pansement sali par le pus; l'abcès est lavé à l'eau bouillie, l'eau du lavage est claire et contient seulement quelques caillots sanguins. Il n'y a pas eu de vomique ; l'expectoration purulente est remplacée par quelques crachats blanchâtres, albumineux. La matité du foie a considérablement diminué.

Le 28, le pansement est moins sali par le pus. Nouveau lavage, le drain ne pénètre dans la plaie que de 6 centimètres environ.

Deux lavages par jour, à l'eau bouillie, sont faits dans la plaie jusqu'au 11 avril; l'eau du lavage sort chaque jour plus claire. Le pansement est de moins en moins sali par le pus. Les quintes de toux disparaissent avec les crachats purulents. La sonorité de la poitrine devient normale; le murmure

vésiculaire s'entend dans toute l'étendue du poumon droit. La température du matin varie de 36°5 à 37°, celle du soir ne monte plus à 38° et oscille entre 37°4 et 37°8.

Le 11 avril, la plaie est cicatrisée et le malade ne conserve de son ancien état qu'un peu de faiblesse.

OBSERVATION II

M. J..., enseigne de vaisseau.

M. J..., parti le 1er décembre 1885 pour le Sénégal, est atteint en mars 1886 d'hépatite et entre à l'hôpital de Gorée. Le 15 avril, il est renvoyé en France, et vu « sa grande faiblesse », il entre à l'hôpital militaire de Bordeaux. Pendant son séjour dans cet hôpital, il a eu un accès de fièvre. A son arrivée à Brest, le 8 mai, il est dirigé sur l'hôpital maritime pour anémie paludéenne et hépatite. Il se plaint de faiblesse, de gêne de la respiration, il a 4 à 5 selles par jour. Comme antécédents morbides, M. J... n'a qu'une fièvre muqueuse faite à la Guadeloupe en 1871 et des accès de fièvre qu'il a contractés à Grand Bassam en 1885.

A l'inspection de l'abdomen, on remarque une légère voussure un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Au niveau de la voussure, la palpation permet de découvrir une tumeur limitée, de forme arrondie, en continuité avec le foie, dépassant la ligne médiane et occupant surtout l'hypochondre gauche. Cette tumeur est lisse, a la consistance du tissu hépatique, ne présente ni crépitation ni frémissement; elle est un peu douloureuse à la pression.

La rate ne présente pas d'hypertrophie et échappe à la percussion.

Rien de particulier du côté des poumons, si ce n'est une gêne de la respiration.

Jusqu'au 14 mai, rien n'est changé dans l'état du malade; on constate seulement des cauchemars et des quintes de toux assez fréquentes. Le foie est un peu plus douloureux; la diarrhée persiste.

Le 16 mai, la tumeur est moins saillante, on ne perçoit aucun point de fluctuation.

Le 27 mai, la tumeur diminue manifestement de volume, seulement les

nuits sont très agitées; la toux est plus fréquente et plus douloureuse. Les crachats sont abondants et muqueux. Les températures du matin et du soir sont à peu près normales. Des frictions à la pommade mercurielle sur la région hépatique ont déterminé une salivation mercurielle très abondante; les gencives sont douloureuses, le malade a dans la bouche un goût métallique très prononcé.

Le 6 juin, avec la persistance de la diarrhée, on constate une grande faiblesse, une élévation de la température vespérale 38°. La toux est de plus en plus fréquente, des crachats teintés gomment un peu le linge. L'auscultation de la poitrine fait découvrir de la rudesse de la respiration et quelques râles muqueux.

Le 12 juin, la tumeur hépatique a augmenté de volume, elle est devenue saillante, présente une coloration rougeâtre et un peu de fluctuation; le malade y a ressenti quelques élancements. On y applique un caustique à la pâte de Vienne.

Le 13 juin, la suppuration a commencé dans l'ouverture faite par le caustique de Vienne. Cette suppuration est très peu abondante, car l'ouverture est très étroite et l'abcès paraît situé profondément. Et le 14 juin, le malade, pendant uue quinte de toux rejetait son déjeuner accompagné de crachats verdâtres; l'abcès s'est ouvert dans les bronches. Les matières expectorées sont purulentes et rougeâtres et ressemblent à un mélange de pus hépatique et de sécrétion bronchique. En même temps l'auscultation dénote des râles sous-crépitants à la base du poumon droit, de l'obscurité de la respiration sous la clavicule droite.

Le 21 juin, les mêmes signes persistent. A côté de l'escharre produite par le caustique de Vienne a paru un petit pertuis donnant issue à du pus hépatique; ce pertuis a été agrandi au bistouri, mais le pus n'a pas reparu à la pression. Le 22 juin, un deuxième petit abcès se forme près du premier. Il est également ouvert sans résultat.

Le 27, mêmes signes : l'abcès se vide lentement par le côté et par les bronches. La toux est encore fréquente, les crachats contiennent du pus hépatique de la bile et des mucosités purulentes.

Le 4 juillet, un trocart explorateur est introduit à trois reprises dans le foie; aucune goutte de pus n'a paru. Les crachats ne changent pas d'as-

pect, l'expectoration n'est pas moins abondante. Augmentation des vibrations thoraciques et rudesse de la respiration à droite. La température du soir ne dépasse pas 37°5.

Les symptômes vont en diminuant d'intensité à partir du 11 juillet, mais le malade expectore du pus hépatique jusqu'au 15 août.

Exeat le 1er septembre.

Quoique cette observation ne soit pas très conforme aux conclusions de notre thèse, nous l'avons donnée entièrement parce qu'il s'en dégage deux leçons. C'est d'abord une réponse bien claire, bien nette à ceux qui hésitent à ouvrir un abcès du foie parce qu'ils craignent une fistule pulmonaire. Voilà un abcès qui, ouvert le 13 juin au caustique de Vienne, s'ouvre le lendemain spontanément dans les bronches et pendant deux mois, vide son contenu purulent et par la plaie faite au côté et par les poumons. Il y a donc là évidemment communication directe des poumons avec l'air extérieur et pourtant les signes stéthoscopiques sont loin d'être inquiétants. Qu'on ne dise pas qu'il y avait peut-être chez ce malade deux abcès tout à fait isolés, l'un ouvert à l'extérieur et l'autre ayant perforé le diaphragme. Nous répondrions à cela que l'état général du malade et que la percussion de l'hypochondre droit ne permettent pas de supposer que le foie fût abcédé en tous points. D'autre part, deux collections purulentes si voisines eussent marché pendant deux mois au-devant l'une de l'autre et auraient fini par faire un seul foyer.

La deuxième leçon qui se dégage de cette observation est relative au mode d'ouverture de l'abcès. Tandis que dans notre première observation et dans le cas que nous citerons plus loin, l'expectoration hépatique cesse, pour ainsi dire brusquement après l'ouverture de l'abcès au bistouri, ici elle dure deux mois. La guérison dans le premier cas ne se fait pas attendre plus d'un mois, ici elle n'est pas complète après deux mois et demi. A quoi attribuer cette

différence dans les résultats? Nous croyons qu'il faut l'attribuer à la différence des procédés opératoires. Dans le premier cas, le bistouri ouvre une voie large au pus qui, trouvant un écoulement facile par le côté, n'irrite plus le diaphragme dont les pertuis très étroits s'oblitèrent rapidement. Dans le deuxième cas, au contraire, le trajet péniblement et quelquefois longuement ouvert au caustique de Vienne n'offre guère au pus une issue plus facile que celle qu'il trouve à travers le diaphragme.

Nous dirons d'ailleurs plus longuement, à l'article traitement, ce que nous pensons au sujet des avantages et des inconvénients de chacun de ces modes d'opération.

OBSERVATION III

Mongold entre à l'hôpital le 26 avril 1887, pour diarrhée coloniale.

Cet homme a fait huit mois de campagne à Madagascar où il a contracté la fièvre intermittente et la dysenterie. De retour en France, il a obtenu un congé de convalescence de trois mois, après avoir séjourné deux mois (avril et mai 1886) à l'hôpital de Lorient.

Se plaint de diarrhée, de douleur à la fosse iliaque droite. Anémie assez prononcée quoique les accès de fièvre aient disparu depuis cinq ou six mois.

Ce n'est que le 23 mai, après avoir été traité seulement pour diarrhée, que le malade se plaint de vives douleurs au niveau de la région hépatique. Le foie délimité par la percussion commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et ne déborde pas les fausses côtes. Il n'y a pas de voussure du côté droit ; pas de rougeur, pas de fluctuation.

Le 24, les douleurs persistent, mais beaucoup moins vives. La diarrhée a disparu, pas de selles depuis deux jours.

Les douleurs disparaissent vers le 10 juin. Le malade obtient le 2 juillet un congé de convalescence de trois mois.

Le 18 janvier 1888, il rentrait à l'hôpital de Brest pour abcès du foie et fièvre.

Légère douleur à la région hépatique, augmentant à la pression et sous l'influence des quintes de toux qui sont assez fréquentes. Pas de voussure, pas de coloration anormale. La percussion donne les limites normales du foie. Température le soir 38°8.

Jusqu'au 25, on ne signale rien de particulier si ce n'est la marche de la température : en moyenne 37°5 à 38 le matin et 38°5 le soir.

Le 26, la douleur au côté droit au-dessous du mamelon est excessivement forte, surtout quand le malade tousse.

La langue est un peu sale, pas d'appétit, une selle par jour, pas d'ictère. Le foie n'est guère augmenté de volume. La toux est fréquente, expectoration de crachats muqueux. Légère submatité tout à fait à la base du poumon droit, râles humides.

Jusqu'au 6 février, rien de changé dans l'état du malade ; toujours douleur très vive ; la matité du foie remonte jusqu'au mamelon.

Le 16 février, le foie est très congestionné ; légère teinte ictérique. La douleur est très vive ; le malade tousse beaucoup et ne dort pas la nuit.

Le 22 février, le malade accuse une violente douleur dans la fosse sous-épineuse droite, douleur s'irradiant le long du côté droit jusqu'au niveau du foie. La zone de matité remonte jusqu'au mamelon, ne déborde pas les fausses côtes, empiète de trois travers de doigt sur l'hypochondre gauche. Pas de rougeur, pas de tumeur à la région hépatique.

Le 25, on applique dans les trois derniers espaces intercostaux trois caustiques à la pâte de Vienne.

Le 26, pansement des plaies faites au caustique de Vienne ; pas de suppuration.

Le 12 mars, le malade a expectoré deux verres de pus rougeâtre ; la douleur est beaucoup moins intense, le foie est beaucoup moins volumineux.

Le 24 mars, le malade expectore continuellement du pus hépatique, on peut en évaluer la quantité à deux verres par jour ; les températures du soir varient entre 38° et 39°. Faiblesse très grande. Toux fréquente ; matité à la base du poumon droit, submatité dans toute l'étendue du même poumon et à gauche. Râles humides partout.

Le 2 avril, l'expectoration ne diminue pas, les crachats ont toujours leurs

caractères du début. Faiblesse de plus en plus grande. Depuis quelques jours le malade transpire beaucoup.

Le 25 avril, mêmes signes. L'abcès a été ouvert au bistouri après que la sensation de flot a été perçue. La profondeur de l'incision atteint à peu près 6 centimètres. Il s'en écoule 300 grammes de pus. Un drain recourbé en plusieurs anses est introduit dans la plaie. Pansement phéniqué.

Le 25, la faiblesse du malade est plus grande. Transpiration très abondante. Les aliments sont digérés difficilement. Le malade ne souffre plus du côté; les crachats hépatiques ont cessé. Le pansement contient une assez grande quantité de pus et de bile. La plaie est saupoudrée d'iodoforme et recouverte d'un pansement de Lister.

Le 27, crachats de bronchite. Les douleurs de côté n'ont pas reparu; le pansement est encore sali par du pus et une assez grande quantité de bile. Le malade a dans la bouche un goût très prononcé et désagréable d'iodoforme. On trouve à l'examen des crachats quelques grains d'iodoforme. Injections d'eau bouillie additionnée d'acide borique. La faiblesse est extrême; les sueurs tellement abondantes qu'on a dû changer 3 fois dans la journée le linge du malade.

Le 28, prostration. Rien de changé dans l'état local. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

Habitus extérieur : Rigidité cadavérique commençant à disparaître. Commencement de putréfaction dans divers points de la paroi abdominale.

Cavité abdominale : Rien du côté des intestins, excepté de la décoloration. Le foie est très volumineux, il occupe tout l'hypochondre droit et presque tout l'hypochondre gauche; il recouvre l'estomac décoloré et refoule la rate. Il pèse 3 kil. 500. La vésicule biliaire très distendue est adhérente à l'hypochondre droit. Le lobe droit du foie est très adhérent à la cage thoracique, au diaphragme, et présente aussi quelques légères adhérences avec le duodénum. Quand on enlève le plastron thoraco-abdominal, on trouve entre le foie et le diaphragme une poche du volume du poing, limitée par des adhérences très fortes, dont la surface est tomenteuse et où viennent aboutir : 1° la plaie opératoire; 2° un orifice de communication

avec la vésicule biliaire ; 3o des pertuis qui communiquent avec l'extrémité inféreure du poumon droit et si petits qu'il est impossible de les suivre. Le poumon droit adhère au diaphragme seulement sur une longueur de 3 à 4 centimètres et sur une largeur de 5 à 6 millimètres.

Le fond de l'abcès est séparé du sillon de la vésicule biliaire par une très faible épaisseur de tissu hépatique. Il n'existe qu'un seul abcès dans le foie. Le tissu hépatique est partout friable, graisseux.

La rate, augmentée de volume, pèse 450 grammes.

La veine porte présente une dilatation considérable ; elle est plus grosse qu'un intestin grêle, sinueuse, et apparaît immédiatement sous le bord tranchant du foie.

Cavité thoracique : Rien de particulier au cœur.

Nombreuses adhérences des deux poumons, surtout de la base du poumon droit avec la cage thoracique et le diaphragme. Les poumons crépitent, recouverts partout de filaments de pus. La pression en fait sourdre de tous côtés des mucosités purulentes ; ils sont splénisés en certains points.

A la lecture de cette observation et de cette autopsie n'est-on pas tenté de chercher ailleurs que dans le foie la cause du décès ? Pour nous qui avons suivi de très près les dernières phases de la maladie, qui avons vu, à côté des symptômes hépatiques relativement peu inquiétants, des symptômes pulmonaires plus graves et surtout un état général depuis longtemps alarmant, nous croyons que la lésion du foie ne doit être incriminée ici que pour avoir produit à côté d'elle des lésions plus importantes et pour avoir versé dans l'organisme entier des germes septiques qui ont anéanti les forces du malade. Que trouve-t-on en effet du côté du foie? Pendant longtemps rien qu'une légère hypertrophie et de la douleur ; plus tard, au moment même où l'abcès va s'ouvrir spontanément, la zone de matité n'a rien d'extraordinaire comme étendue ; la douleur seule est violente. Et tout rentre à peu près dans l'ordre, dès que le pus a trouvé une issue dans le diaphragme. Mais aussitôt que disparaissent ou du moins que diminuent les symptômes

hépatiques, naissent du côté des organes respiratoires des phénomènes anormaux qui d'abord n'attirent pas assez l'attention. Le malade n'expectore pas plus de deux verres de pus par jour ; cela n'est pas beaucoup et fait, à juste raison, supposer que la surface suppurante n'est pas très grande. Mais cette expectoration est continue. Ce n'est pas une vomique ou deux vomiques par jour qui vident l'abcès ; non, le pus sort petit à petit du foie pour venir irriter les poumons. Et c'est à la suite de quintes de toux que les déchets du foie mélangés à du muco-pus bronchique sont expectorés. Les signes stéthoscopiques sont là qui montrent en même temps les désordres pulmonaires. Puis, c'est l'hecticité traduite par l'élévation des températures vespérales et par les sueurs profuses.

L'anatomie pathologique nous montre un foie hyperthrophié (3 k. 500) creusé d'une cavité grosse comme un œuf. Cette hypertrophie et cet abcès ne sont pas considérables, si l'on songe qu'il n'est pas rare de rencontrer des cavités grosses comme les deux poings ou même comme une tête d'adulte dans des foies qui occupent toute la cavité abdominale et dont le poids dépasse 6 kilogrammes.

OBSERVATION IV

L. A. Michel, deuxième maître de timonnerie, 35 ans. Entré à l'hôpital le 15 décembre 1885.

Au service depuis 17 ans, a fait de nombreuses campagnes. En Cochinchine pendant deux ans, de 1878 à 1880, a eu la diarrhée qui n'a cédé qu'après un traitement de six mois en France. Au Sénégal, pendant huit mois, en 1882, a eu quelques accès de fièvre, mais n'avait jamais rien ressenti du côté du foie. A la Martinique, du mois d'avril 1884 au mois de juin 1885, a eu des accès de fièvre et a éprouvé à de nombreuses reprises des douleurs au niveau de la région hépatique. Des injections de morphine, des ventouses scarifiées, des vésicatoires au début, n'apportaient qu'une améliora-

tion passagère. Six ponctions exploratrices lui ont été faites dans le foie, au mai 1885, à l'hôpital de Port-de-France ; ces ponctions n'ont donné aucun résultat. Rentré en France en juin, il obtient un congé de convalescence de trois mois, pendant lequel les douleurs persistent du côté du foie.

A son entrée à l'hôpital de Brest, le 15 décembre, on constate : fonction de digestion, la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre, l'appétit est faible et les aliments sont laborieusement digérés ; deux selles molles et noires par jour. Légère déformation de l'hypochondre droit qui est augmenté de volume ; pas de rougeur, pas de fluctuation. La percussion donne une ligne de matité supérieure passant par le mamelon et une ligne inférieure ne débordant pas les fausses côtes. Le foie est excessivement douloureux à la pression au niveau des 7e et 8e côtes ; la respiration et les mouvements augmentent la douleur. Le malade a une toux sèche, fréquente. Rien du côté des poumons. Température le matin 37°4, température le soir, 38°2.

Jusqu'au 20 décembre, inappétence, vomissements bilieux, deux ou trois par jour, selles bilieuses, teinte ictérique. Températures du matin, de 37° à 37°5, températures du soir, de 38° à 38°5.

Du 20 décembre au 5 janvier, les vomissements bilieux cessent ; une selle par jour ; la matité du foie remonte à un centimètre au-dessus du mamelon. La dyspnée est intense ; toux sèche continuelle avec expectoration de crachats bronchiques, zone de matité absolue à la base du poumon droit avec abolition du murmure vésiculaire. Quelques râles humides dans les deux poumons. Pas de rougeur, pas de fluctuation à la région hépatique. Les températures ne changent pas.

Le 6 janvier, vers midi, le malade est pris d'une forte quinte de toux suivie d'une abondante vomique d'environ 500 grammes. Les matières expectorées sont d'un rouge chocolat et contiennent du sang, du tissu hépatique et du pus.

Le malade éprouve un grand soulagement, la respiration est moins gênée, la pression est moins douloureuse à l'hypochondre droit qui s'est affaissé. La matité hépatique remonte jusqu'au mamelon. Température le soir, 38°.

Le 7 janvier, T. le matin 37°6, T. le soir 38°4.

L'amélioration continue dans l'état du malade qui a dormi une grande

partie de la nuit. Quelques quintes de toux suivies de l'expectoration d'un verre de pus rougeâtre.

Le 10 janvier, T. le matin 37°3. T. le soir 39°2.

Depuis trois jours, la toux est plus fréquente et suivie d'une expectoration toujours de même nature. La matité hépatique n'a pas changé. La percussion de la poitrine donne de la submatité à la base du poumon droit; affaiblissement du murmure vésiculaire, de nombreux râles dans toute l'étendue du même poumon. Rien au poumon gauche.

Le 11 janvier, T. le matin 37,2; T. le soir 39,4.

Le malade se plaint d'une grande faiblesse. Inappétence complète ; deux vomissements dans la journée. Toux quinteuse et expectoration de trois verres de pus hépatique.

Le 12 janvier, T. le matin 37,6 ; T. le soir 39,2. Mêmes signes.

Le 13 janvier, T. le matin 37,5 ; T. le soir 39,2.

Jusqu'au 17 janvier, rien de particulier ; on note seulement une faiblesse de plus en plus grande.

Le 18 janvier. L'état du malade s'aggravant, une incision est faite entre le septième et le huitième espace intercostal, un peu en arrière du mamelon. Le bistouri est guidé par un trocart qu'on a préalablement introduit dans l'abcès. L'incision qui a 5 centimètres de long intéresse successivement tous les tissus, et, à une profondeur de 8 à 9 centimètres tombe dans la collection purulente d'où s'écoule environ un litre de pus hépatique. On injecte dans la plaie une solution d'acide borique. Introduction d'un drain et pansement phéniqué.

Le soir, on renouvelle les injections et le pansement sali par une assez grande quantité de pus.

T. le matin 37,6 ; T. le soir 39.05.

19 janvier, T. le matin 37,3; T. le soir 38,8.

Le malade a passé une bonne nuit. La douleur de côté est beaucoup moins vive, la toux moins fréquente suivie d'une expectoration de crachats de bronchite légèrement teintés. Le pansement contient une grande quantité de pus.

20 janvier, T. le matin 37,2 ; T. le soir 39°.

Expectoration de crachats muco-purulents (un verre), râles de bronchite dans les deux poumons.

21 janvier, T. le matin 37°; T. le soir 38,5.

L'amélioration continue ; le malade demande à manger. La plaie opératoire tendant à se cicatriser, on y donne un coup de bistouri. L'eau du lavage de l'abcès est presque claire. Mêmes soins.

22 janvier, T. le matin 37°; T. le soir 38,3.

23 janvier, T. le matin 37,3 ; T. le soir 38°.

26 janvier. La toux a disparu. La plaie suppure encore beaucoup.

30 janvier, T. le matin 37,2 ; T. le soir 37,4.

Le pansement contient très peu de pus. La plaie commence à se cicatriser.

5 février. La plaie est cicatrisée.

27 février. Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION V

Communiquée par M le Dr Léon Aubry.

Normand (L.), soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, le 25 mars 1884, entre à la salle 1 de l'hôpital de Saïgon, dans le service de M. le Dr L'Honen, avec le diagnostic « fièvre intermittente et congestion du foie ». Agé de 24 ans, il est depuis 18 mois dans la Colonie. N'a jamais été malade en France ; à son arrivée en Cochinchine, a été pris de diarrhée et d'accès de fièvre. La diarrhée a duré 3 mois. Les accès de fièvre n'ont jamais complètement disparu, mais depuis 6 mois ne revenaient que tous les 15 jours. Depuis 10 jours a de la fièvre tous les soirs et souffre dans l'hypochondre droit. A son arrivée à l'hôpital le 25 mars :

T. matin 36,8.

Amaigrissement assez marqué, teinte subictérique généralisée, les muqueuses sont décolorées. La langue est blanchâtre, l'appétit nul, une selle pâteuse dans les 24 heures; pas de vomissements. Douleur à l'hypochondre droit au niveau des 7e et 8e espaces intercostaux ; traces de vésicatoires et de ventouses scarifiées à la même région; très légère voussure. A la palpa-

tion on sent que le foie déborde à peine les fausses côtes. La percussion donne une matité de 6 centimètres sur la ligne médiane, de 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire, de 13 centimètres sur la ligne axillaire. La rate est augmentée de volume. Respiration gênée, fréquente ; le malade tousse beaucoup depuis quelques jours; expectoration de crachats bronchiques. Matité tout à fait à la base du poumon droit, râles sibilants et ronflants dans les deux poumons.

T. soir 39,2.

Le malade a transpiré beaucoup dans la journée; n'a pu prendre aucun aliment. Le point de côté est beaucoup plus violent.

Le 26 mars, T. matin 37°. La nuit a été assez bonne. Le malade se plaint d'une grande gêne de la respiration, a la sensation d'un poids très lourd dans l'hypochondre droit.

T. soir 38,7.

Le 27 mars, T. matin 37°; T. soir 39,1.

La douleur de l'hypochondre droit est plus vive et s'irradie en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Douleurs dans l'épaule droite. La faiblesse est très grande, le malade n'a pris qu'un peu de bouillon depuis son entrée à l'hôpital. Langue toujours sale, 2 selles molles et verdâtres dans les 24 heures. Toux continuelle ; expectoration de crachats muco-purulents.

4 heures du soir : vers midi, le malade, à la suite d'une quinte de toux, a eu une abondante vomique (environ 3 verres de pus hépatique). La respiration se fait plus librement, les douleurs ont disparu.

Le 28 mars, T. matin 37,4; T. soir 38,6.

Même état. Le malade a expectoré 3 verres de pus hépatique.

Le 29 mars, T. matin 37,4; T. soir 39°.

Rien de particulier.

Le 30 mars, T. matin 37°; T. soir 39,3.

Faiblesse très grande, expectoration abondante de pus hépatique; matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, exagération des vibrations thoraciques, bruit de souffle.

Le 31 mars, T. matin 36,8; T. soir 39,2.

Mêmes signes.

Une aiguille exploratrice est introduite entre la 7e et la 8e côtes, à 2 centimètres en arrière de la ligne mamelonnaire. A une profondeur de 5 centimètres, on trouve du pus. Un bistouri guidé par le trocart incise les divers tissus; il s'écoule de l'abcès 7 à 800 grammes de pus. Introduction d'un drain; lavage à l'eau phéniquée au 1/100e. Pansement antiseptique. A 4 heures, le pansement qui contient une très grande quantité de pus est renouvelé. La toux a été moins fréquente et moins pénible; les crachats contiennent très peu de matières hépatiques.

Le 1er avril, T. matin 36,6; T. soir 39,3.

Tout le pansement est sali par le pus. Lavage de l'abcès à l'eau phéniquée. Même pansement. Les crachats sont blancs, légèrement purulents.

Le 2 avril, T. matin 37°; T. soir 38,5.

Mêmes soins.

Le 3 avril, T. matin 37°; T. soir 38,2.

La quantité de pus écoulée par la plaie a diminué d'une façon notable. Même pansement.

Le 7 avril, T. matin 37,3; T. soir 37,8.

Amélioration très grande dans l'état du malade. La plaie suppure peu et a des tendances à la cicatrisation.

Le 20 avril, le malade sort de l'hôpital a peu près guéri pour rentrer en France par un transport.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous diviserons ce chapitre en deux parties : *a*. Traitement médical ; *b*. Traitement chirurgical.

a. Traitement médical : Quoique nous ayons peu de confiance dans l'efficacité de la médication interne lorsque l'abcès s'est déjà créé une voie vers l'extérieur à travers le tissu pulmonaire, nous croyons qu'il faut user de tous les moyens pour calmer l'irritation phlegmasique et les symptômes locaux ou généraux qui en sont la conséquence. A cet effet, nous recommandons les purgatifs, tels que le sulfate de soude, l'huile de ricin, le calomel. Nous userons avec beaucoup de modération des purgatifs salins dont les effets dérivatifs sont souvent suivis d'une constipation qui augmente la réplétion du foie ; nous donnerons la préférence au calomel qui n'augmente pas le travail de la glande hépatique, mais excitant la contraction des conduits excréteurs de la bile, débarrasse le foie d'un trop plein relatif.

Dans le même but, nous prescrirons les alcalins qui n'ont aucune action sur le foie en tant qu'organe sécréteur, mais qui ont une action manifeste sur la sécrétion de la bile qu'ils modifient. En même temps ils régularisent les fonctions digestives et améliorent la nutrition (Corre). On pourra encore aider la tendance à la résolution par la médication fondante, à la fois constituée par l'usage opportun des révulsifs locaux et des préparations dites résolutives : iodure de potassium à l'intérieur, et sur la région hépatique onctions de pommade mercurielle belladonée, badigeonnage à la tein-

ture d'iode ou vésicatoire volant. Les émissions sanguines qui peuvent rendre de réels services au début de l'hépatite suppurée doivent être repoussées avec énergie lorsque l'abcès est déjà formé, car elles ne pourraient qu'augmenter l'adynamie au moment où le malade a besoin de toutes ses forces pour réagir contre la maladie. L'état des poumons en contact permanent avec le pus hépatique réclame aussi une prompte intervention : Préparations de goudron, sirop diacode ou sirop de Tolu à l'intérieur, ventouses sèches, badigeonnages à la teinture d'iode sur le thorax. Les préparations opiacées qui ont le grand avantage de calmer les douleurs quelquefois intolérables doivent être administrées avec beaucoup de précautions, parce qu'elles ont le grand inconvénient de produire de la constipation. Les indications relatives à l'état général sont dictées par la marche de la température, le degré de prostration des forces et les symptômes gastro-intestinaux.

La fièvre, malgré son intermittence apparente, ne cède pas à l'administration du sulfate de quinine, parce qu'elle n'est pas de nature paludéenne; elle est due à la suppuration hépatique et à la phlegmasie des organes pulmonaires.

Elle sera plus efficacement combattue par la digitale, l'acide salicylique, par des lavages deux fois répétés par jour et faits au moyen d'une éponge imbibée d'eau vinaigrée et promenée sur toute la surface du corps. Mais elle ne cèdera complètement qu'autant que sa cause aura été détruite, c'est-à-dire lorsqu'on aura ouvert l'abcès et vidé le pus directement à l'intérieur. On instituera un régime tonique (jus de viande, préparation de quinquina) pour relever les forces du malade.

Des boissons gazeuses, des préparations d'éther seront données pour combattre les vomissements ; des potions au bismuth et à l'extrait de ratanhia arrêteront la diarrhée.

b. Traitement chirurgical.— C'est le seul, à notre avis, qui soit efficace et rationnel, dans la majorité des cas où la suppura-

tion est déjà établie par les voies aériennes. Où faut-il opérer ? A quel procédé donnera-t-on la préférence ? La sensation de flot, indiquée par M. Duchâteau, marque le lieu d'élection. Si ce symptôme manquait, on opèrerait dans le 8e espace intercostal, à deux travers de doigt en arrière de la ligne mamelonnaire, dans l'hépatite du lobe droit, et un peu en dehors du bord du sternum, sous les cartilages costaux dans les abcès du lobe gauche.

Tous les auteurs qui ont innové dans les opérations de l'hépatite suppurée attribuent à leurs procédés des résultats merveilleux. Les caustiques, le trocart, le bistouri ont été préconisés tour à tour. Nous avons toujours vu opérer suivant la méthode de Stromeyer Little et nous la trouvons si simple, si sûre, que nous n'hésiterons pas à y recourir.

Les caustiques employés seuls agissent trop lentement et d'une façon incertaine. Dans notre observation n° 2, nous avons vu un abcès s'ouvrir dans le parenchyme pulmonaire vingt-quatre heures après qu'il avait été ouvert à l'extérieur au moyen de la poudre de Vienne. La deuxième ouverture ne s'est faite évidemment que parce que la première était trop étroite. Toutefois, lorsque l'abcès est profond et qu'il y a lieu de supposer qu'aucune adhérence n'existe entre les feuillets du péritoine et le foie, nous croyons qu'il est avantageux de créer des adhérences au moyen des caustiques avant de recourir au trocart et au bistouri.

Le trocart ne peut être employé que pour l'exploration; s'il est trop fin, il ne peut donner passage au pus hépatique qui contient des débris du foie; s'il est trop gros, il ne permet pas l'aspiration nécessaire pour vider l'abcès.

Il ne reste donc que le bistouri. Une fine aiguille des appareils de Dieulafoy ou de Potain est d'abord introduite dans le foie pour reconnaître le siège de l'abcès. Cette aiguille va servir de guide au bistouri qui, après avoir divisé nécessairement la peau et le plan musculaire dans une étendue de 7 centimètres environ, est intro-

duite directement dans la cavité purulente. L'incision dans le tissu hépatique doit avoir les mêmes dimensions que l'incision des téguments afin de donner au pus une issue facile. Il n'est pas à craindre que le pus s'introduise dans le péritoine. « Les feuillets du péritoine n'ont pas de tendance à s'écarter et à bailler au-devant du pus pour l'absorber. Plus la voie ouverte au pus sera large et directe, moins il y a de chances pour qu'il aille décoller les feuillets de la séreuse. En sortant de la cavité dont les parois le compriment, il prendra de préférence le chemin le plus court et le plus libre » (Marboux). Il faudra néanmoins user de l'antisepsie dans la prévision de cet accident.

L'abcès ouvert, on y fera une ou plusieurs injections de solutions antiseptiques ou simplement d'eau bouillie. Un drain recourbé en plusieurs anses sera introduit dans l'ouverture et recouvert d'un pansement phéniqué qui sera renouvelé deux fois par jour.

CONCLUSIONS

Des observations que nous avons relatées, nous nous croyons autorisé à conclure :

1° Qu'il faut ouvrir les abcès du foie aussitôt que le diagnostic en a été établi.

2° Qu'il n'y a pas de contre indication à l'opération des abcès déjà ouverts dans les bronches.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Bordeaux, le 2 juillet 1888.
Le Président de la thèse,
Dr MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 2 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,629. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.